

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**HOSPODÁŘSKÁ FAKULTA**

Studijní program : 6202B Hospodářská politika a správa

Studijní obor : Pojišťovnictví

**Možnosti krytí zdravotních rizik v ČR**  
**The possibilities of health risks' covering in the Czech Republic**

BP – PO – KPO – 2005 – 4

Tereza DYRCOVÁ

Vedoucí práce : Doc, Ing. Eva Ducháčková, CSc., KPO

Konzultant : Ing. František Juřina, KPO

Počet stran : 43

Počet příloh : 9

Datum odevzdání : 21. 05. 2005

## PROHLÁŠENÍ

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsme vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 9. 5. 2005

Podpis : Tereza Dyrková

.....

## PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Doc., Ing. Evě Ducháčkové, CSc. za metodické vedení a odbornou pomoc při zpracování bakalářské práce na téma Možnosti krytí zdravotních rizik v ČR.

Dále bych ráda poděkovala konzultantovi Ing. Františku Juřinovi za jeho cenné rady.

V neposlední řadě patří mé poděkování zástupcům ČSOB Pojišťovny, a.s., České pojišťovny, a.s. a ING pojišťovny. Ráda bych také poděkovala pracovníkům Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a Vojenské zdravotní pojišťovny. Z jejich řad bych však chtěla především poděkovat paní Podzimkové z Vojenské zdravotní pojišťovny za čas, který mi věnovala.

## **RESUMÉ**

Cílem mé bakalářské práce je popsat možnosti krytí zdravotních rizik na českém pojistném trhu.

První část je věnována veřejnému zdravotnímu pojištění, které je v podmínkách České republiky povinné. Je zde charakterizován systém zdravotního pojištění, jeho plátcí a pojištěnci.

Druhá část je pak zaměřena na soukromé zdravotní pojištění, které u nás nepatří k příliš využívaným způsobům krytí zdravotních rizik. Zároveň jsou zde uvedeny jeho výhody a nevýhody.

V poslední části je popsán vybraný produkt soukromého zdravotního pojištění. Jsou zde uvedeni celkem tři jeho poskytovatelé – ČSOB pojišťovna, a.s., Česká pojišťovna, a.s. a ING pojišťovna. Součástí této části je také porovnání vybraného produktu u výše uvedených pojišťovacích společností.

## **SUMMARY**

The aim of my final thesis is to describe possibilities of health risks' covering in the insurance market of the Czech republic.

The first part is attended to public health insurance that is obligatory in the Czech republic. The system of public health insurance together with its payers and insureers is characterized here.

The second part of this bachelor work is specialized in private health insurance that is not utilized as a form of health risks' covering in large quantities in the insurance market. Its advantages and disadvantages are introduced here too.

In the last part is described one of the products from the sphere of private health insurance. There are compared three insurance companies in total – ČSOB, ING and Česká insurance companies. In this part there is comparison of this product at the insurance companies that are mentioned above.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

lékařská péče

pojistitel

pojistné podmínky

pojistné

pojistník

pojistný trh

pojištěný

povinný

soukromé zdravotní pojištění

veřejné zdravotní pojištění

zdravotní pojišťovna

zdravotní riziko

## **KEYWORDS**

health care

insurance company

insurance terms and conditions

premium

policy holder

insurance market

insuree

obligatory

private health insurance

public health insurance

health insurance company

health risk

## OSNOVA

PROHLÁŠENÍ .....	4
PODĚKOVÁNÍ .....	5
RESUMÉ .....	6
KLÍČOVÁ SLOVA .....	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ .....	11
ÚVOD .....	12
<b>I. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....</b>	<b>15</b>
1. ZÁKLADNÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ .....	15
1.1 Provozovatelé pojištění .....	15
1.2 Fungování pojišťoven .....	16
1.3 Působnost pojištění .....	17
1.3.1 Péče ambulantní .....	18
1.3.2 Péče ústavní .....	19
1.3.3 Preventivní péče .....	19
1.4 Plátcí pojištění .....	19
1.4.1 Pojištěnci jako plátcí pojistného .....	20
1.4.2 Zaměstnavatelé plátcí pojistného .....	20
1.4.3 Stát plátce pojistného .....	20
1.5 Pojištěnci .....	21
2. OBČANÉ A ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	22
3. ZAMĚSTNAVATELÉ A ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	23
3.1 Odvod pojistného za zaměstnance .....	24
4. OSOBY SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÉ .....	26
5. OSOBY BEZ ZDANITELNÝCH PŘÍJMŮ .....	27
6. SOUHRNNÝ PŘÍKLAD .....	28
7. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A EVROPSKÁ UNIE .....	36
<b>II. SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....</b>	<b>40</b>
8. PROVOZOVATELÉ POJIŠTĚNÍ .....	41

9.	KOMERČNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A ÚVĚR .....	42
10.	CO LZE SOUKROMÝM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍM POJISTIT .....	43
11.	VÝHODY A NEVÝHODY SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....	44
 <b>III. SROVNÁNÍ PRODUKTŮ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NABÍZENÝCH NA ČESKÉM POJISTNÉM TRHU .....</b>		
		<b>45</b>
12.	CHARAKTERISTIKA ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ .....	45
13.	ČSOB POJIŠŤOVNA, a. s. ....	46
13.1	Základní informace o společnosti .....	46
13.2	Vedlejší pojištění závažných onemocnění .....	46
14.	ČESKÁ POJIŠŤOVNA, a. s. ....	48
14.1	Základní informace o společnosti .....	48
14.2	Připojištění závažných onemocnění .....	48
14.2.1	Připojištění závažných onemocnění – tarif 3ZO .....	49
14.2.2	Připojištění závažných onemocnění – tarif 5ZO .....	50
15.	ING POJIŠŤOVNA .....	50
15.1	Základní informace o společnosti .....	50
15.2	Připojištění pro případ závažných onemocnění .....	50
16.	SROVNÁNÍ PRODUKTŮ .....	52
ZÁVĚR .....		54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....		55
SEZNAM PŘÍLOH .....		56
PŘÍLOHY .....		57



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

%	procento
a. s.	akciová společnost
atd.	a tak dále
ČP	Česká pojišťovna, a.s.
ČR	Česká republika
EHS	Evropské hospodářské společenství
EU	Evropská unie
např.	například
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
tj.	to je
tzv.	tak zvaný
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

## ÚVOD

Tato práce bude zaměřena na možné způsoby krytí zdravotních rizik, jímž je lidská společnost vystavena.

Cílem mé práce bude charakterizovat zdravotní riziko a popsat nebo alespoň stručně nastínit způsoby jeho krytí. Práce by měla být zaměřena na veřejné a částečně také na komerční zdravotní pojištění. Převážná část práce bude však věnována právě všeobecnému zdravotnímu pojištění, které je v našich podmínkách povinné. Z oblasti komerčního pojištění, které na českém pojistném trhu nepatří zrovna k nejvyužívanějším produktům - tedy alespoň ne v oblasti zdravotnictví - jsem si vybrala vedlejší pojištění závažných onemocnění, které se pokusím stručně popsat a porovnat u zvolených komerčních pojišťoven.

Měli bychom si ale uvědomit, že zdravotních rizik, která lidskou společnost ohrožují je mnoho. Obecně lze říci, že většina z nich je kryta všeobecným zdravotním pojištěním, na které povinně odvádíme pojistné. Toto pojištění ale nemůže pokrýt všechna rizika a navíc zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění přímo vyjmenovává, na co mohou zdravotní pojišťovny peníze vybrané na pojistném na zdravotní pojištění použít a co z nich naopak hradit nelze. Zdravotní pojišťovny dnes mohou vytvářet tzv. "fondy prevence", z nichž svým pojištěncům vyplácí finančně limitované příspěvky určené na péči o zdraví, nemohou však pojištěnce dotovat neomezeně.

Nadstandardní služby a péči si musíme hradit sami z naspořených prostředků. Alternativou je pak soukromé zdravotní pojištění, z jehož plnění lze například pokrýt finančně náročnější zákroky, které veřejné zdravotní pojištění nekryje. Jedná se například o náročné stomatologické výkony, čelistní ortopedii, nadstandardní pobyt v nemocnici, atd.

První kapitola této práce je věnována všeobecnému zdravotnímu pojištění. Je zde charakterizováno fungování zdravotních pojišťoven, uvedení zákonem stanovení plátců pojistného na zdravotní pojištění a pojištěnci. V závěru první části této bakalářské práce jsou porovnány dvě z devíti zdravotních pojišťoven – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a Vojenská zdravotní pojišťovna ČR – z hlediska poskytovaných nadstandardů.

Ve druhé kapitole je popsáno soukromé zdravotní pojištění a stručně charakterizovány jeho výhody a nevýhody. Poslední kapitola je zaměřena na srovnání vybraného produktu u celkem tří pojišťovacích společností. Jsou jimi ČSOB pojišťovna, a.s., Česká pojišťovna, a.s. a ING pojišťovna.

Každá lidská společnost je zdrojem rizik pro člověka. Tato rizika jsou vyvolávána především nevyhovujícími životními podmínkami, celkově nepříznivým stavem životního prostředí (ovzduší, vody i půdy) a dalšími faktory. Zdravotní stav obyvatelstva je tedy určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek.

Život každého z nás může v určité chvíli záviset na kvalitě zdravotní péče. A tak jsou za účelem podpory veřejného zdraví vytvářena různá opatření, která mají zabránit šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění. Navíc si v současné době lidé stále více uvědomují, že dobrý zdravotní stav je nutnou podmínkou ke šťastnému a spokojenému životu a proto jsou ochotni investovat do svého zdraví nemalé finanční prostředky.

V případě, že lidský jedinec zdravotně onemocní, vznikají mu náklady na zdravotní ošetření. Musí zaplatit za některé léky, zdravotní pomůcky (plně nehrazené jeho zdravotní pojišťovnou) a pokrýt náklady spojené s pobytem v léčebných zařízeních. Navíc v důsledku nemoci ztrácí svůj příjem, neboť se stává práce neschopným. Jedním z několika možných řešení pro tuto osobu je krytí vzniklých nákladů z vlastních finančních prostředků. Z dalších možností se nabízí sjednání soukromého zdravotního pojištění. Některé případy v rámci pracovní neschopnosti jsou kryty ze sociálního pojištění, z něhož jsou poskytovány například vyrovnávací příspěvky v těhotenství a mateřství, příspěvky na ošetřování člena rodiny, atd. Posledním způsobem krytí je financování z daní.

V České republice zdravotní rizika kryje především zdravotní pojištění, které můžeme rozdělit na veřejné zdravotní pojištění a soukromé neboli komerční zdravotní pojištění. Základní rozdíl mezi nimi spočívá v dobrovolnosti jejich uzavření. Zatímco veřejné zdravotní pojištění musí odvádět jednotlivým zdravotním pojišťovnám každý zákonem stanovený plátce, u komerčního pojištění záleží na uvážení každého z nás, zda se jej rozhodne uzavřít či nikoli.

# **I. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ**

## **1. ZÁKLADNÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ**

V zásadě lze rozlišit dva modely organizace zdravotnictví – Bismarkův a Beveridge. První z nich odvozuje svůj původ z Německa devatenáctého století. Spočívá v existenci na státě relativně nezávislých zdravotních pojišťoven financujících zdravotní péči poskytovanou pojištěncům ve zdravotnických zařízeních vůči pojišťovně vázaných smluvními vztahy. Tento model je typický právě pro německy mluvící země. Model Beveridge naopak organizaci a financování zdravotní péče svěřuje do rukou státu nebo specializované státní instituce.

Zdravotní pojištění je v našich podmínkách organizačně i finančně odděleno od sociálního pojištění. Zdravotní péči lze financovat :

- z daní – lékaři jsou zaměstnanci státu a zdravotní péče je pro občany bezplatná. Tento systém se uplatňuje ve Velké Británii, Dánsku, Itálii, Španělsku a dalších zemích.
- ze zdravotního pojištění
  - smluvního – zdravotnické služby poskytují soukromá zdravotnická zařízení, ve kterých dochází k prodeji a koupi zdravotnických služeb a soukromého pojištění,
  - povinného – kdy zdravotní péče není státní, ale stát zaručuje zdravotní pojištění pro všechny obyvatele. Stát vytváří legislativní a ekonomické podmínky pro povinné zdravotní pojištění. Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení, která jsou samostatnými podniky a mají uzavřenu smlouvu s jednou nebo několika zdravotními pojišťovnami.

### **1.1 PROVOZOVATELÉ POJIŠTĚNÍ**

Působit v oblasti veřejného zdravotního pojištění nemůže jakákoli pojišťovna, neboť jde o oblast zacházení s veřejnými finančními prostředky. Z tohoto důvodu je provozování veřejného zdravotního pojištění svěřeno pouze institucím, jejichž vznik a činnost upravují zvláštní zákony. V České republice poskytuje služby v oblasti veřejného zdravotního pojištění devět zdravotních pojišťoven:

- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,

- Česká národní zdravotní pojišťovna,
- Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, a.s.,
- Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA,
- Revírní bratrská pokladna,
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, a.s.,
- Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE a
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR.

V podstatě je veřejné zdravotní pojištění provozováno Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, která vznikla za účelem výběru pojistného a organizace úhrad poskytovatelům zdravotní péče a dále zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami, kterým byl umožněn vznik z důvodu vytvoření konkurenčního prostředí v systému veřejného zdravotního pojištění. Vznik a činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny upravuje zákon České národní rady, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny pak získávají povolení k této činnosti na základě zákona České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Povolení k provozování veřejného zdravotního pojištění vydává zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám Ministerstvo zdravotnictví na základě jejich žádosti, jsou-li splněny všechny zákonem stanovené požadavky.

## **1.2 FUNGOVÁNÍ POJIŠŤOVEN**

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, a to vytvořením sítě zdravotnických zařízení, s nimiž mají uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Na jejich základě pak uhrazují zdravotní péči, kterou tato zařízení poskytla jejich pojištěncům. Obsahem těchto smluv jsou mimo jiné i ujednání o konkrétním rozsahu zdravotní péče, kterou zdravotní pojišťovna bude hradit. Způsob úhrady zdravotní péče poskytované na základě veřejného zdravotního pojištění je tedy založen na přímém vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Pojištěnec do tohoto vztahu nevstupuje a zdravotní pojišťovny ani nejsou ze zákona oprávněny uhradit poskytnutou zdravotní péči přímo pojištěnci. Vedle úhrady zdravotní péče poskytnuté pojištěncům na území České republiky jsou zdravotní pojišťovny povinny uhradit pojištěncům, kteří mají

trvalý pobyt na území České republiky, vynaložené náklady na nutné a neodkladné léčení v cizině.

Zdravotní pojišťovny provozují tzv. všeobecné zdravotní pojištění, tedy potřebnou zdravotní péči bez nutnosti přímé úhrady v rozsahu stanoveném zákonem (o všeobecném zdravotním pojištění). Dále mohou provozovat dobrovolné zdravotní pojištění na komerčním základě pro krytí potřeb, které nejsou v rámci povinného zdravotního pojištění kryty.

Jsou rovněž oprávněny kontrolovat, zda jim vyúčtovaná zdravotní péče byla zdravotnickým zařízením skutečně poskytnuta a zda její poskytnutí bylo odůvodněné. K tomuto účelu mají zřízeny funkce revizních lékařů, kteří především kontrolují odůvodněnost léčebného procesu včetně předepisování léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Pokud je v rámci kontroly zjištěna neoprávněnost či nesprávnost vyúčtované zdravotní péče, není taková péče zdravotnickému zařízení uhrazena. Tito lékaři jsou oprávněni odsouhlasit i úhradu zdravotní péče, která se podle zákona (o veřejném zdravotním pojištění) nehradí, a to v těch případech, kdy poskytnutí takové péče vyžaduje nezbytně zdravotní stav nemocného a jde o jedinou možnost zdravotní péče.

Vedle svého hlavního předmětu činnosti, tedy provádění veřejného zdravotního pojištění, mohou zdravotní pojišťovny provozovat ještě některé další činnosti. Jde především o půjčování prostředků zdravotnické techniky (tj. různých ortopedických pomůcek či zdravotnických potřeb), které jsou pojištěnci předepsány jeho ošetřujícím lékařem.

### **1.3 PŮSOBNOST POJIŠTĚNÍ**

Zdravotní pojištění slouží k úhradě zdravotní péče poskytované pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. Tato zdravotní péče se poskytuje formou péče ambulantní nebo péče ústavní. Hrazená péče zahrnuje péči léčebnou včetně péče diagnostické, rehabilitace, péče o chronicky nemocné, pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péči, dopravu nemocných, posudkovou činnost, prohlídku zemřelého, atd. Tato péče není však z veřejného zdravotního pojištění hrazena neomezeně. Zákon přímo vyjmenovává, která zdravotní péče se ze zdravotního pojištění hradí plně, která se hradí jen

při splnění určitých podmínek a která se nehradí vůbec. U zdravotní péče, která se ze zdravotního pojištění nehradí vůbec, jde především o zdravotní péči, která nesleduje léčebný účel, např. je prováděna na žádost fyzické, nebo právnické osoby (např. některé kosmetické úkony, prohlídky k získání řidičského průkazu, prohlídky pro některé sportovní činnosti atd.).

Ze zdravotního pojištění je dále hrazena zdravotní péče poskytnutá v cizině. V tomto případě se však hradí pojištěnci, který si v cizině zdravotní péči zaplatil, jen náklady nutného a neodkladného léčení (tedy v případě úrazu či akutního onemocnění), a to jen do výše nákladů, které by taková péče stála v České republice. Ani podle nového zákona zdravotní pojišťovny nesmějí z prostředků získaných výběrem pojistného na zdravotní pojištění hradit nic víc než to, co jsou povinny hradit ze zákona. Nemohou tedy hradit tzv. nadstandardní péči. Pojišťovny však mohou poskytovat preventivní programy a příspěvky v rámci rozšířené preventivní péče o své pojištěnce. Úhrada této péče se uskutečňuje nikoli ze základního fondu zdravotního pojištění, ale z fondu prevence.

Prostředků tohoto fondu lze použít k úhradě zdravotní péče, která je poskytována nad rámec péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, pokud je u ní prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a která je poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky lze použít i k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačních rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků a dále i na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.

### **1.3.1 Péče ambulantní**

Ambulantní péčí se rozumí:

- Primární zdravotní péče,
- specializovaná ambulantní zdravotní péče a
- zvláštní ambulantní péče.

Primární zdravotní péči poskytuje pojištěncům jejich registrující lékař, kterým je praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje



pojištěnce, popřípadě ošetřující lékař. [1] Specializovanou ambulantní zdravotní péči doporučuje registrující lékař, vyžaduje-li to zdravotní stav pojištěnce. Zvláštní ambulantní péče je poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci. Tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře anebo jako zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů.

### **1.3.2 Péče ústavní**

Ústavní péčí se rozumí péče v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. V těchto zařízeních může být poskytována vedle ústavní péče i péče ambulantní. Do ústavní péče jsou pojištěnci přijímáni zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře v případě, že by nepřijetím nebo odložením přijetí do ústavní péče byl ohrožen život pojištěného anebo vážně ohroženo jeho zdraví.

### **1.3.3 Preventivní péče**

V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky. Jejich účelem je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující lékař. Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví vyhláška 56/1997 Sb., kterou se stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. [1]

## **1.4 PLÁTCI POJIŠTĚNÍ**

Veřejné zdravotní pojištění vzniká na rozdíl od soukromého (o němž se jako další možnosti krytí zdravotních rizik zmíním později) přímo ze zákona, a to pro zákonem stanovený okruh osob.

---

[1] § 20 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

[1] zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Vznik zdravotního pojištění nezávisí na rozhodnutí osoby, zda se chce či nechce k pojištění přihlásit, neboť nejde o pojištění smluvní. Jedním ze základních principů zákona o veřejném pojištění je, že každý pojištěnec je také plátcem pojistného. Zákon pak rozlišuje jednotlivé skupiny plátců, kterými jsou:

- Pojištěnci,
- zaměstnavatelé a
- stát.

#### **1.4.1 Pojištěnci jako plátcí pojistného**

Pojištěnec se stává plátcem pojistného, pokud:

- Je zaměstnancem v pracovním poměru účastným nemocenského pojištění,
- je osobou samostatně výdělečně činnou nebo
- má na území ČR trvalý pobyt a není za něj plátcem pojistného stát.

#### **1.4.2 Zaměstnavatelé plátcí pojistného**

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance.

#### **1.4.3 Stát plátce pojistného**

Stát platí pojistné prostřednictvím státního rozpočtu pouze za určitou skupinu pojištěnců a to ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, který byl nařízením vlády č. 445/2004 Sb. s platností od 1. ledna 2005 zvýšen na 3 556,- Kč (dříve 3 520,- Kč). Stát odvádí pojistné především za tyto osoby:

- Nezaopatřené děti,
- poživatele důchodu z důchodového pojištění,
- příjemce rodičovského příspěvku,
- ženy na mateřské a rodičovské dovolené, ženy pobírající peněžitou pomoc v mateřství,
- uchazeče o zaměstnání,
- osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,

- osoby převážně nebo úplně bezmocné, osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě,
- osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro jeho přiznání a další.

Pro zdravotní pojišťovnu je nezbytné dozvědět se, že do okruhu jejích pojištěnců patří osoba, za kterou je plátcem stát. Teprve potom totiž může nárokovat platbu ze státního rozpočtu.

Státní pojištěnci, kteří si přivydělávají musí od srpna minulého roku platit vyšší pojistné, jako důsledek změny zákona, kterým došlo ke změně zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění. Tento zákon zrušil možnost odpočtu platby státu u výdělečně činných pojištěnců, za které je plátcem pojistného i stát. Na tom vydělají především pojišťovny, neboť za takového pojištěnce dostanou jak platbu z jeho platu, tak i částku od státu. Výhodou však zůstalo to, že pro tyto osoby neplatí tzv. minimální vyměřovací základ.

Tedy například u studenta, který si měsíčně vydělá 6 000,- Kč vzroste částka, kterou ze svého platu odvede na zdravotní pojištění o 158,- Kč, zaplatí 270,- Kč a dalších 540,- Kč přidá zaměstnavatel. S možností odpočtu by byly tyto částky podstatně nižší. Student by ze svého platu odvedl pouze 112,- Kč a zaměstnavatel by za něho zaplatil 223,- Kč.  $(6\,000 - 3\,520 * 0,135, \text{ resp. } 6\,000 - 3\,520 * 0,045)$  odvede student ze svého platu a  $6\,000 - 3\,520 * 0,09$  odvede zaměstnavatel).

## **1.5 POJIŠTĚNCI**

V důsledku nejrůznějších změn a událostí není pojištěnec po celý život zařazen pouze v jedné kategorii. Například student je po dobu studia veden jako osoba, za níž platí pojistné stát. Po ukončení studia začne podnikat a tudíž je povinen platit pojistné jako podnikatel – osoba samostatně výdělečně činná. Veškeré tyto změny sdělují pojištěnci zdravotní pojišťovně v zákonem stanovené lhůtě na příslušných tiskopisech.

Pojištěnci jsou podle zákona (§ 2 zákona č 48/1997 Sb.) především osoby, které:

- Mají na území České republiky trvalé bydliště,

- osoby, které na našem území sice trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má v České republice své sídlo (tj. je zapsán v obchodním či jiném rejstříku), za předpokladu, že činnost pro takového zaměstnavatele vykonávají na základě pracovněprávního vztahu uzavřeného podle českých právních předpisů.

Naopak ze zdravotního pojištění jsou vyňaty ty osoby, které:

- Nemají na území ČR trvalý pobyt a jsou činy v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit,
- nemají na území České republiky trvalý pobyt a jsou činy pro zaměstnavatele v pracovně právním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů,
- nemají na území České republiky trvalý pobyt a pracují pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR,
- se dlouhodobě zdržují v cizině, učinily o tom písemný záznam u zdravotní pojišťovny, u které byly pojištěny, přičemž současně potvrzují, že jsou zdravotně pojištěny v cizině. Tyto osoby jsou zároveň povinny po dobu pobytu v zahraničí odevzdat průkaz zdravotní pojišťovně. [1]

## 2. OBČANÉ A ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Ze zdravotního pojištění se nemůže nikdo, kdo splňuje podmínky pro zařazení do okruhu pojištěnců, sám vyřadit. V zákoně existuje jen jediná výjimka. Jde o případy, kdy pojištěnec při dlouhodobém pobytu v zahraničí provede tzv. odhlášení ze zdravotního pojištění. Toto může učinit pouze tehdy, je-li jeho pobyt v cizině nepřetržitý a trvá-li déle než 6 měsíců a je-li současně při pobytu v cizině zdravotně pojištěn, nebo pobývá v zemi, s níž je uzavřena mezinárodní smlouva, na jejímž základě se poskytuje zdravotní péče bez přímé úhrady.

Osoba, která je účastna na zdravotním pojištění – tedy pojištěnec – má v systému zdravotního pojištění řadu práv a povinností.

Jedním ze základních práv pojištěnce je právo na výběr a změnu zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze měnit jednou za 12 měsíců a to vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. Zákon (č.48/1997 Sb.) však v určitých případech umožňuje pojištěnci změnit

zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší. Právo na výběr zdravotní pojišťovny se nepoužije při narození dítěte – v tomto případě se totiž dítě v den narození stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěna matka. Změnu lze provést až v okamžiku, kdy bylo dítěti přiděleno rodné číslo. Pojišťovna nejenže nesmí žádost pojištěnce odmítnout, ale není ani oprávněna stanovit dobu pojištění nebo sama pojistný vztah ukončit.

Pojištěnec má dále právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce jen tehdy, jestliže by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči.

Jak již bylo výše uvedeno, má pojištěnec vedle práv také určité povinnosti vůči zdravotní pojišťovně. K základním patří:

- Plnit oznamovací povinnost,
- povinnost hradit pojistné,
- sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn a do osmi dnů informovat svého zaměstnavatele o skutečnosti, že se stal během zaměstnání pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny,
- poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim,
- podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám,
- vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při,
  - Zániku zdravotního pojištění,
  - změně zdravotní pojišťovny,
  - dlouhodobém pobytu v zahraničí.
- oznámit změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne , kdy ke změně došlo.

### **3. ZAMĚSTNAVATELÉ A ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ**

Jako plátcí pojistného na zdravotní pojištění vystupují také zaměstnavatelé, kteří platí pojistné za své zaměstnance.

Povinností zaměstnavatele vůči zdravotní pojišťovně je:

- Přihlásit se do 8 dnů u příslušné zdravotní pojišťovny,
- plnit oznamovací povinnost za své zaměstnance,

Zaměstnavatel je povinen oznámit nástup zaměstnance do zaměstnání či ukončení jeho zaměstnání, sdělit případy, kdy do zaměstnání nastoupila (nebo zaměstnání ukončila) osoba bez trvalého pobytu na území ČR.

- oznámit v zákonem stanovené lhůtě změnu zdravotní pojišťovny zaměstnancem,
- při plnění oznamovací povinnosti sdělit obchodní název, právní formu právnické osoby, sídlo, identifikační číslo organizace a číslo bankovního účtu, pokud z něj zaměstnavatel bude provádět platbu pojistného,
- vést evidenci a dokumentaci o oznamovaných skutečnostech,
- odvádět pojistné za své zaměstnance,
- oznámit ukončení své činnosti, nebo zrušení organizace, nebo její vstup do likvidace,
- poskytnout pověřenému zaměstnanci příslušné pojišťovny při provádění kontroly účetní a jiné doklady a podat k předloženým dokladům vysvětlení,
- zajistit vhodné místo a podmínky k provedení kontroly,
- zapůjčit pověřenému zaměstnanci pojišťovny potřebné doklady i mimo prostor provádění kontroly,
- vést průkaznou evidenci o platbách pojistného,
- splatit závazky vůči příslušné zdravotní pojišťovně v následujícím pořadí:
  - Pokuty,
  - penále,
  - přírážka k pojistnému,
  - nejstarší nedoplatky pojistného.

### **3.1 ODVOD POJISTNÉHO ZA ZAMĚSTNANCE**

Za zaměstnance odvádí pojistné na zdravotní pojištění zaměstnavatel. Odvádí jak část pojistného, kterou je povinen hradit zaměstnanec ze svého příjmu – tj. 4,5% z vyměřovacího základu, tak i část pojistného, kterou je povinen zaplatit za své zaměstnance ve výši 9%

z vyměřovacího základu. Pojistné odvádí té zdravotní pojišťovně, u které je zaměstnanec pojištěn v celkové výši 13,5%.

Vyměřovacím základem pro výpočet pojistného je u zaměstnance úhrn příjmů v souvislosti s výkonem zaměstnání, s výjimkou nezapočitatelných příjmů, jimiž jsou:

- Náhrady výdajů, které nepodléhají dani z příjmu fyzických osob,
- náhrady škod vyplacené v souladu s ustanovením Zákoníku práce (např. náhrada škody, která zaměstnanci vznikla při plnění pracovních úkolů, náhrada za ztrátu na výdělku při pracovní neschopnosti nebo bolestné, náhrady za ztížení společenského uplatnění či úhrada nezbytných nákladů na léčení),
- hodnota poskytnutých nepeněžních plnění, které nepodléhají dani z příjmů fyzických osob, atd.

Do vyměřovacího základu se však zahrnují:

- Náhrady mezd,
- odměny za pracovní pohotovost,
- věrnostní a stabilizační plnění (např. 13. platy) či
- plnění poskytnutá k životnímu jubileu.

Rozhodným obdobím, za které se zjišťuje vyměřovací základ zaměstnance, je kalendářní měsíc. Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda (7 185,- Kč/ měsíc pro zaměstnance odměňovaného měsíční mzdou v roce 2005). Pojistné se odvádí měsíčně v den, který je zaměstnavatelem určen jako výplatní. Je možné ho uhradit bezhotovostním převodem z účtu plátce na účet zdravotní pojišťovny nebo v hotovosti poštovní poukázkou. V prvním případě je dnem platby den, kdy je částka připsána na účet zdravotní pojišťovny. V případě následujícím pak den, kdy pošta, banka nebo jiná oprávněná osoba hotovost přijala.

#### **4. OSOBY SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÉ**

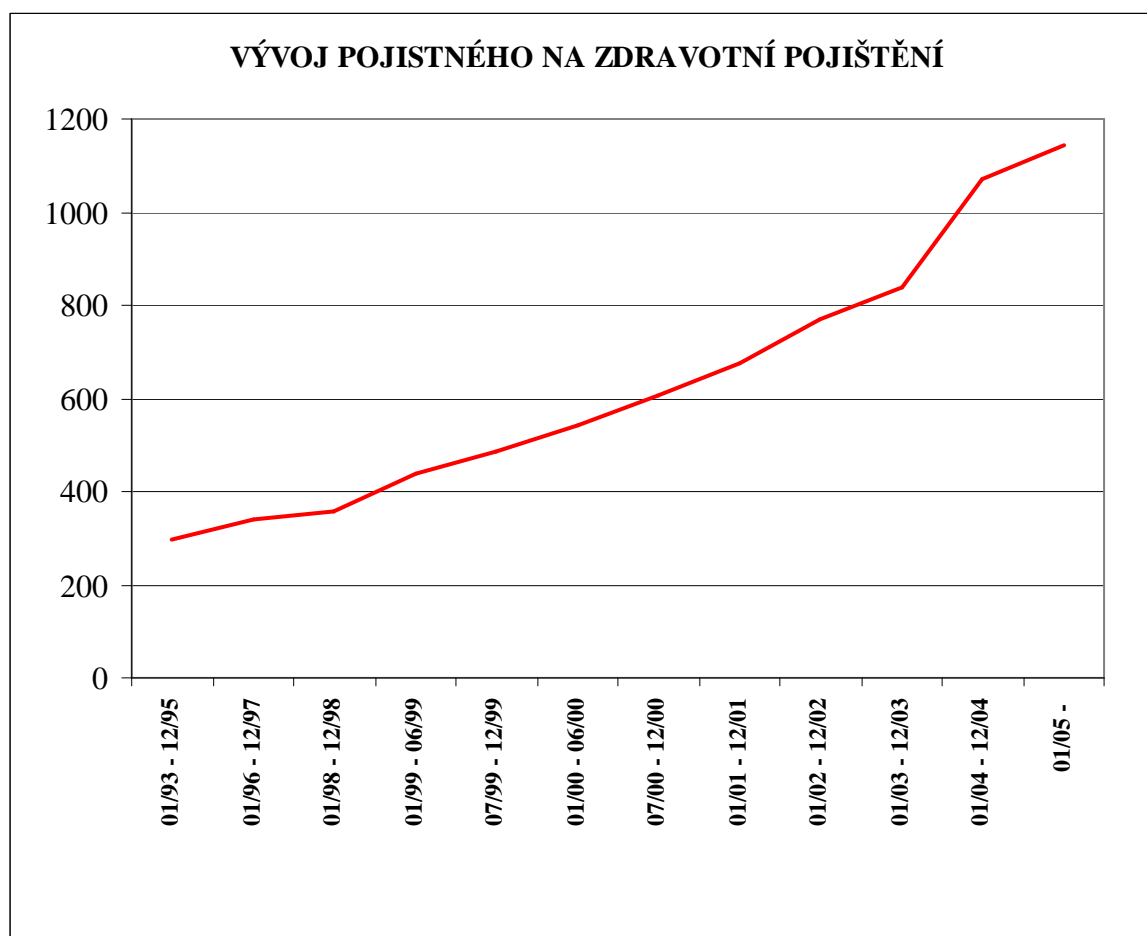
Další skupinou pojištěnců jsou osoby samostatně výdělečně činné, které odvádí pojistné na zdravotní pojištění ze stanoveného vyměřovacího základu. Minimální vyměřovací základ je pro rok 2005 stanoven jako 50% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok o dva roky předcházející roku, pro který je vyměřovací základ stanovován. Výše průměrné mzdy za kalendářní rok 2003 byla sdělením Ministerstvem zdravotnictví č. 520/2004 Sb. stanovena ve výši 16 920,- Kč. Minimální vyměřovací základ pro rok 2005 u OSVČ tedy činí 8 460,- Kč a nová minimální výše zálohy 1 143,- Kč.

OSVČ budou až do kalendářního měsíce, ve kterém v roce 2005 odevzdají přehled o příjmech a výdajích ze své samostatné výdělečné činnosti za rok 2004, platit zálohy na pojistné vypočtené z vyměřovacího základu ve výši 40% z příjmů po odpočtu výdajů dosažených v roce 2003 – nejméně však ve výši vypočtené z minimálního vyměřovacího základu platného od 1. ledna 2005. Od měsíce podání přehledu za rok 2004 (v roce 2005) budou platit zálohy ve výši vypočtené ze 45% příjmů po odpočtu výdajů, dosažených v roce 2004. Takové zálohy budou platit až do kalendářního měsíce, ve kterém v roce 2006 podají přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti za rok 2005.

U osoby samostatně výdělečně činné je rozhodným obdobím kalendářní rok. Pojistné se platí ve výši 13,5% z vyměřovacího základu buď bezhotovostním převodem nebo v hotovosti poštovní poukázkou.



GRAF č. 1 – Vývoj pojistného na zdravotní pojištění pro OSVČ



ZDROJ : Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE

[www.zpma.cz](http://www.zpma.cz)

## 5. OSOBY BEZ ZDANITELNÝCH PŘÍJMU

Osobou bez zdanitelných příjmů je osoba, která nemá příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti a ani za ni není plátcem pojistného stát. Mezi takové osoby patří například:

- Ženy v domácnosti, které
  - Nejsou zařazeny v kategorii, za kterou platí pojistné stát,
  - nepečují celodenně, osobně a řádně alespoň o jedno dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let,
  - nepobírají žádný důchod,
  - nejsou vedeny na úřadu práce jako uchazečky o zaměstnání.

- osoby, které pracují na základě dohody o provedení práce,
- zaměstnanci, kteří pracují pouze na úvazky nezakládající účast na nemocenském pojištění,
- nezaměstnaní, kteří se neevidovali na úřadu práce, atd.

Takový pojištěnec platí pojistné za celý kalendářní měsíc ve výši 13,5% z vyměřovacího základu. Vyměřovacím základem u OBZP je minimální mzda. Pojistné je splatné od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

## 6. SOUHRNNÝ PŘÍKLAD

Tento příklad je zaměřen pouze na oblast zdravotního pojištění, nebudu se tedy zabývat oblastí toho, co musí pojištěnec udělat v okamžiku, kdy se rozhodne založit vlastní podnikatelský subjekt. Mým cílem je zachytit povinnosti pojištěnce tak, jak k nim postupně dochází a vypočítat výše pojistného. Příklad bude v podstatě praktickým shrnutím výše uvedené teorie.

Po narození dítěte se jeho matka rozhodne, že jej přihlásí k Vojenské zdravotní pojišťovně České republiky. František SEHNOUTKA (dítě) se jejím pojištěncem stává od 1. 1. 1974 (ve věku 1 roku). Do této doby byl zdravotně pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny.

V roce 1990/ 1991 ukončí střední školu a rozhodne se podat přihlášku ke studiu na vysoké škole. Po úspěšném absolvování přijímacího řízení se v září 1990/ 1991 stává studentem Technické Univerzity v Liberci. Odpromuje o pět let později a v září téhož roku nastoupí do zaměstnání. Jeho zaměstnavatelem je NETWORK GROUP S.R.O.. Hrubý měsíční příjem pana SEHNOUTKY činí 25 600,- Kč.

Po šesti letech v pracovním poměru se rozhodne založit vlastní podnikatelský subjekt. Pro zjednodušení budu předpokládat, že si vše potřebné pro zahájení podnikatelské činnosti zařizoval během posledního roku trvání pracovního poměru. 31. prosince 2001 ukončí pracovní poměr a 1. ledna 2002 se stává OSVČ. Za období od 1.1. do 31. 12. 2002 vykázal zisk ve výši 200 000,- Kč, zálohově platil 770,- Kč ( $5\,700 \cdot 0,135$ ). Za období od 1. 1. do

31. 12. 2003 dosáhl zisku ve výši 150 000,- Kč, zálohově platil 837,- Kč a od 1. 1. do 31. 12. 2004 vykázal zisk ve výši 210 000,- Kč a zálohově platil 1 071,- Kč.

#### **ZÁKLADNÍ ÚDAJE :**

PŘÍJMENÍ : SEHNOUTKA  
JMÉNO : František  
DATUM NAROZENÍ : 1.1. 1973  
BYDLIŠTĚ : Velké náměstí 27, 500 02 HRADEC KRÁLOVÉ

#### **1) PŘIHLÁŠENÍ K VOJENSKÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNĚ ČESKÉ REPUBLIKY**

Nejprve musí být František SEHNOUTKA odhlášen od Všeobecné zdravotní pojišťovny a nahlášen jako pojištěnec u Vojenské zdravotní pojišťovny. Tento krok je možné učinit až v okamžiku, kdy mu bylo přiděleno rodné číslo, nejdříve však ve věku 1 roku. Odhlášení a přihlášení provede zákonný zástupce dítěte na předtištěných formulářích. Aby se František SEHNOUTKA stal pojištěncem VoZP postačí, když zákonný zástupce (v tomto případě matka) vyplní příslušný tiskopis – Přihlášku pojištěnce – a předá je na kteroukoli pobočku, expozituru nebo jednatelství příslušné pojišťovny. Pojišťovna pak už zařídí vše ostatní.

VoZP je povinna žádosti o registraci bez zbytečných průtahů vyhovět.

Po celou dobu studia, tedy až do 31. srpna 1995, bude plátcem pojistného za Františka SEHNOUTKU stát. Pojistné bude hrazeno ze státního rozpočtu ve výši 13,5% z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ činil do konce roku 2003 3 458,- Kč. Stát na pojistném tedy zaplatí :  $0,135 * 3\,458,- = 467,-$  Kč/ měsíc, za dobu 21 let a 8 měsíců je to  $467,- * 260 = 121\,420,-$  Kč.

#### **2) NÁSTUP DO PRACOVNÍHO POMĚRU**

NÁSTUP DO ZAMĚSTNÁNÍ : 1. září 1995  
ZAMĚSTNAVATEL : NETWORK GROUP S.R.O.  
Na Staré vinici 404  
Praha 4

IČO: 25 93 17 68

číslo bankovního spojení : 14 58 13 45 63 /0800

měsíční příjem zaměstnance : 25 600,- Kč

Pracovní poměr vzniká 1. září 1995, ale nemocenské pojištění zaměstnance v pracovním poměru vzniká až dnem vstupu<sup>1)</sup> do zaměstnání [2]. Teprve účastí na nemocenském pojištění se považuje pojištěnec za zaměstnance ve smyslu zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pro zjednodušení volím den vstupu do zaměstnání totožný se dnem vzniku pracovního poměru. Základní povinností zaměstnavatele je přihlásit se do 8 dnů u příslušné zdravotní pojišťovny vyplněním příslušného tiskopisu – Přihláška zaměstnavatele, plátce pojistného. Následně je zaměstnavatel povinen plnit tzv. oznamovací povinnost, která spočívá v nahlašování nástupu zaměstnance do zaměstnání, ukončení jeho pracovního poměru včetně dalších změn souvisejících s placením pojistného na zdravotní pojištění. Za tímto účelem vyplňuje formulář – Hromadné oznámení zaměstnavatele – kterým příslušné zdravotní pojišťovně oznamuje, že zaměstnává osobu u ní pojištěnou a že za ni bude platit pojistné. Dále pak vyplňuje PŘEHLED o platbě pojistného za zdravotní pojištění zaměstnavatele.

Zaměstnavatel odvede pojistné za Františka SEHNOUTKU Vojenské zdravotní pojišťovně ve výši :  $0,135 \cdot 25\,600,- = 3\,456,-$  Kč/ měsíc. Z toho 1/3 (tj. 1 152,- Kč) bude sražena zaměstnanci z jeho příjmu a rozdíl mezi celkovou výší pojistného a částkou, která je strhnutá zaměstnanci z jeho platu, odvede zaměstnavatel (tj. 2 304,- Kč). Za dobu trvání pracovního poměru zaplatí zaměstnavatel na zdravotním pojištění 175 104,- Kč + 87 552,- Kč, které srazí zaměstnanci.

### **3) PAN SEHNOUTKA – OSOBA SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÁ**

Pan SEHNOUTKA je povinen ohlásit VoZP zahájení podnikání – samostatné výdělečné činnosti na tiskopise Oznámení změn pojištěnce. Za každý rok podnikatelské činnosti podává Přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti. Přehled o příjmech a výdajích se podává do 8. dnů od podání daňového přiznání. V případě změny zdravotní pojišťovny se podává u každé z nich.

---

<sup>1)</sup> dnem vstupu do zaměstnání se rozumí den, v němž začala být pracovní činnost vykonávána, nemusí však být shodný s dnem vzniku pracovního poměru.

V prvním roce podnikatelské činnosti platí měsíční zálohy na pojistné v minimální zákonné výši – tj. 770,- Kč (13,5% z částky 5 700,- Kč, což byla aktuální výše minimální mzdy v roce 2002). Tato částka představuje minimum a nevrací se ani v případě, kdy by vykázal za rozhodné období (1 rok) ztrátu. Úhrn zaplacených záloh na pojistné za měsíce roku 2002 činil 9 240,- Kč, na pojistném na zdravotní pojištění měl ale zaplatit 9 450,- Kč. Vzniklý nedoplatek ve výši 210,- Kč bude muset pan SEHNOUTKA dodatečně uhradit.

Dle přehledu za rok 2003, který je součástí příloh této práce, odvedl na zálohách 10 008,- Kč, pojistné ve správné výši činilo 10 044,- Kč. Opět mu tedy vznikl nedoplatek. V roce 2004 činil úhrn zaplacených záloh na pojistné 12 852,- Kč, odvedeno mělo být 12 845,- Kč. Vzniklý přeplatek ve výši 7,- Kč mu na jeho žádost zdravotní pojišťovna vrátí v zákonem stanovené lhůtě.

Závěrem této části bych ráda zdůraznila fakt, že by si občané měli promyslet, u které zdravotní pojišťovny chtějí být pojištěni. Každá pojišťovna totiž vytváří tzv. fond prevence, o kterém jsem se již zmínila. Z tohoto fondu financuje zdravotní programy, v jejichž rámci pak pojištěncům vyplácí nemalé částky.

Při výběru zdravotní pojišťovny by v první řadě měla být zvážena dostupnost lékařské péče, neboť málokterá zdravotnická zařízení mají uzavřeny smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami. Akutní případy sice ošetří všude, ale za ostatními výkony musí pojištěnec té které pojišťovny k jejím smluvním partnerům. Druhým kritériem je využitelnost výhod nabízených zdravotními pojišťovnami.

Pro ukázkou toho, jak se mohou pojišťovny lišit v nabídkách výhod pro pojištěnce, jsem vybrala dvě z devíti zdravotních pojišťoven, Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR a Vojenskou zdravotní pojišťovnu.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) svým pojištěncům ze základních programů nabízí :

<b>Léčebně – ozdravné pobyty dětí u moře</b> (astmatici, alergici, atd.)	Cílová skupina: 7 – 17 let Výše příspěvku: částečná úhrada pobytu
<b>Očkování proti klíšťové encefalitidě</b>	Cílová skupina: děti do 15 let Výše příspěvku: 400,- Kč/ rok
<b>Příspěvek na pevné ortodontické aparáty</b> (zubní rovnátka)	Cílová skupina: 10 – 19 let Výše příspěvku: 1 čelist – 1 000,- Kč
<b>Příspěvek na antikoncepci</b>	Cílová skupina: 15 – 34 let Výše příspěvku: 500,- Kč/ rok

ZDROJ : interní materiály Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky – vlastní práce

Všeobecná zdravotní pojišťovna je pojišťovna s největším počtem pojištěnců, celorepublikovou působností a největším počtem smluvních zdravotnických zařízení. Nabídka výhod pro pojištěnce je však ve srovnání s jinými pojišťovnami poměrně omezená.

Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP) nabízí :

<b>Očkování proti klíšťové encefalitidě</b>	Cílová skupina: 2 – 15 let Výše příspěvku: 1/3 vynaložených nákladů (přeočkování je hrazeno v plné výši nákladů očkovací látku)
<b>Vyšetření okultního krvácení ve stolici</b> (prevence rakoviny tlustého střeva)	Cílová skupina: 40 – 50 let Výše příspěvku: do 150,- za vyšetření
<b>Fixní zubní rovnátka</b>	Cílová skupina: do 30 let Výše příspěvku: 600 -700,- Kč na jednu čelist 1x za dobu léčby
<b>Brýlové obruby</b>	Cílová skupina: do 15 let Výše příspěvku: do 200,- /rok
<b>Vitamíny s obsahem vitamínu B a C</b>	Cílová skupina: 4 – 15 let Výše příspěvku: 100,- Kč /rok
<b>Očkování proti <i>Haemophilus influenzae</i></b> (k ochraně před onemocněním mozkových blan a dýchacích cest)	Cílová skupina: do 6 let Výše příspěvku: 250,- Kč /rok
<b>Mamografické vyšetření pro ženy</b> (prevence rakoviny prsu)	Cílová skupina: 40 – 50 let Výše příspěvku: do 300,- Kč/2 roky
<b>Hormonální antikoncepce pro ženy</b>	Cílová skupina: 15 – 30 let Výše příspěvku: 500,- Kč /rok
<b>Ozdravné pobyty dětí v ČR</b>	Cílová skupina: 8 – 14 let <sup>*)</sup> Výše příspěvku: částečná úhrada pobytu (až do výše 75% ceny pobytu)
<b>Příspěvek na ozdravné pobyty v zahraničí</b>	Cílová skupina: 4 – 14 let <sup>*)</sup> Výše příspěvku: částečná úhrada pobytu (až do výše 60% ceny pobytu)
<b>Preventivní prohlídky sportovců</b>	Cílová skupina: 5 – 16 let <sup>*)</sup> Výše příspěvku: 200,- Kč /rok
<b>Lyžařské výcviky</b>	Cílová skupina: žáci a studenti ZŠ, SŠ, VŠ <sup>*)</sup> Výše příspěvku: 700,- Kč /na každém stupni
<b>Vstup do plaveckých bazénů</b>	Cílová skupina: 4 – 36 let <sup>*)</sup> Výše příspěvku: 50% vstupného, nejvýše

	300,- Kč /rok
<b>Příspěvek novým pojištěncům</b>	Cílová skupina: nový pojištěnci Výše příspěvku: 1 000,- Kč čerpaných v prvních třech měsících pojištění
<b>Příspěvek n očkování proti klíšťové encefalitidě</b>	Cílová skupina: 2 – 15 let Výše příspěvku: 1/3 prokázaných nákladů za očkovací látky (3 vakcíny)
<b>Příspěvek dospělým pojištěncům na léčení ve specializovaných zdravotnických zařízeních v zahraničí</b>	Cílová skupina: -- Výše příspěvku: až do výše průměrných nákladů, srovnatelných s náklady ve specializovaných tuzemských zdravotnických zařízeních

\*) Podmínkou je, aby pojištěnec a alespoň jeden rodič byli pojištěni u VoZP alespoň po dobu 3 měsíců.

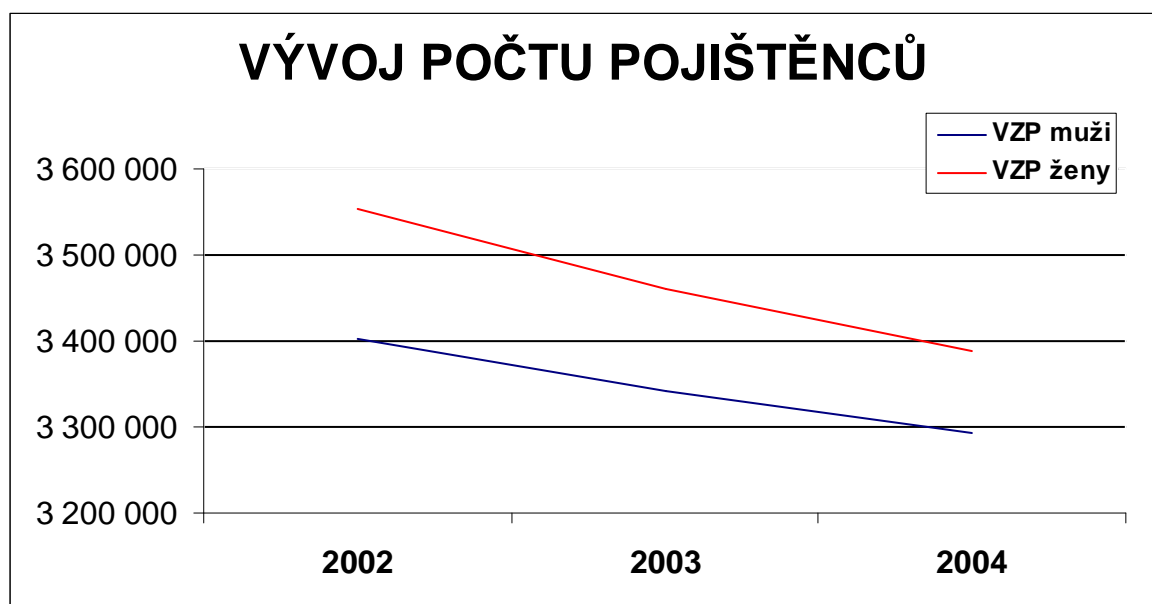
ZDROJ : interní materiály Vojenské zdravotní pojišťovny

Vojenská zdravotní pojišťovna je třetí největší pojišťovnou, která má širokou síť smluvních zdravotnických zařízení. Má dobrou nabídku výhod pro své klienty, ale na druhou stranu je řada těchto příspěvků podmíněna délkou trvání pojištění.

Jednotlivé preventivní programy jsou určeny různým skupinám pojištěnců a způsob čerpání příspěvků je odlišný. Při výběru je třeba pamatovat i na to, že některé pojišťovny zvýhodňují pojištění celých rodin a délkou trvání pojištění. Počítat bychom měli také s aktualizací a doplňováním nabídek.



GRAF č. 2 – Vývoj počtu pojištěnců v členění na muže a ženy u VZP

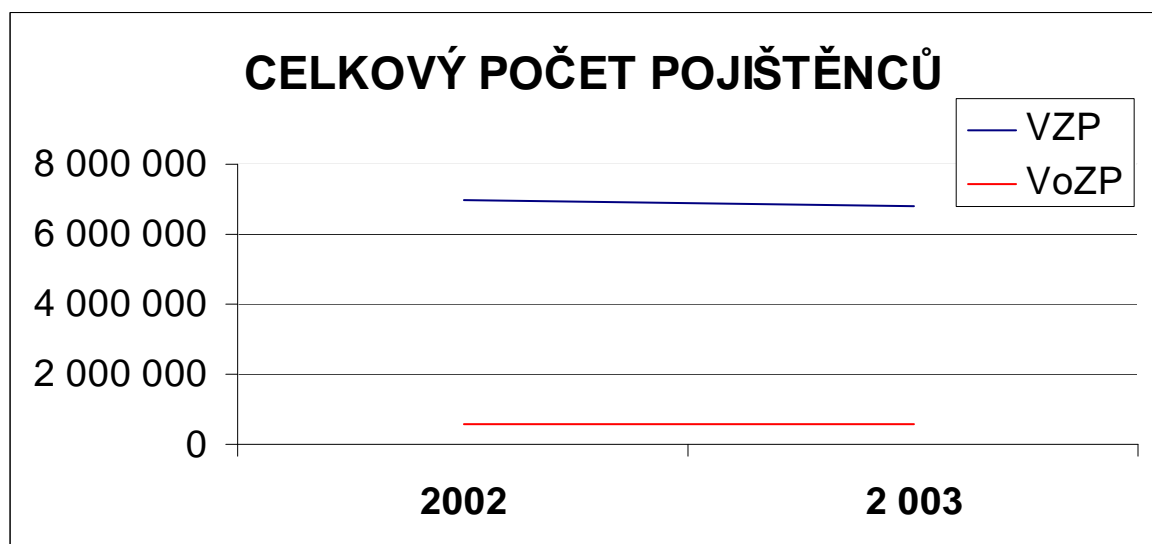


ZDORJ: Výroční zpráva VZP

www.vzp.cz

Z grafu si můžeme všimnout klesajícího počtu pojištěnců jak mužského, tak ženského pohlaví.

GRAF č. 3 – Celkový počet pojištěnců



ZDROJ: Výroční zprávy VZP a VoZP

Průměrný počet osob pojištěných u Vojenské zdravotní pojišťovny v roce 2003 činil 581 303. Oproti roku 2002 došlo k jeho nárůstu o 6 533 pojištěnců. U Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky naopak počet jejích pojištěnců klesl.

## 7. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A EVROPSKÁ UNIE

I přesto, že je tato práce zaměřena na způsoby krytí zdravotních rizik na českém pojistném trhu, chtěla bych stručně nastínit nároky českých pojištěnců na úhradu zdravotní péče mimo území České republiky, která se stala 1. května 2004 členským státem Evropské unie. Toto členství přineslo totiž i změny v zajišťování nároků na poskytnutí zdravotní péče v souvislosti s realizací zdravotních rizik při pobytu ve státech EU, zemích Evropského hospodářského prostoru a smluvních státech. Mezi tyto země patří:

Belgie	Dánsko	Estonsko
Finsko	Francie	Irsko
Island	Itálie	Kypr
Lichtenštejnsko	Litva	Lotyšsko
Lucembursko	Maďarsko	Malta
Německo	Nizozemsko	Norsko
Polsko	Portugalsko	Rakousko
Řecko	Slovensko	Slovinsko
Španělsko	Švédsko	Švýcarsko
Velká Británie		

Poskytování zdravotní péče v rámci EU je upraveno nařízením Rady EHS 1408/71 a 574/72 EHS. Tato nařízení jsou přímo platná ve všech státech EU a mají přednost před zákonem.

Pokud se pojištěnec pohybuje mezi státy EU (např. v jednom státě bydlí a ve druhém pracuje), měl by být pojištěn pouze v jednom státě. Tímto státem je zpravidla stát, ve kterém pracuje. Pokud ale pracuje ve dvou nebo více státech zároveň a v jednom z těchto států bydlí, je pojištěn ve státě bydliště. Pokud je pojištěn v jiném členském státě, ve kterém pracuje, nemusí platit pojistné na zdravotní pojištění v ČR.

Ve výše uvedených státech pak vzniká nárok na poskytnutí zdravotní péče na účet příslušné české zdravotní pojišťovny, a to za stejných podmínek jako místním pojištěncům.

To znamená, že je nutné zaplatit stejnou spoluúčast<sup>2)</sup> jako místní pojištěnci. Tento princip dále znamená nutnost čerpání zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních, která jsou financována z veřejných zdrojů. Ve zdravotnických zařízeních, která nejsou napojena na veřejný systém – tedy v soukromých zdravotnických zařízeních – by si musel pojištěnec poskytnutou péči uhradit sám. V případě, že by pojištěnec musel z nějakého důvodu za ošetření zaplatit v hotovosti, má po návratu do ČR nárok na vrácení vynaložených nákladů, a to až do výše tarifů platných ve státě, kde byla péče poskytnuta.

Pro uplatnění nároku je vždy nutné prokázat se Evropským průkazem zdravotního pojištění. Na základě jeho předložení má pojištěnec jednoho členského státu na území druhého nárok na poskytnutí nezbytné lékařské péče. Nárok na zdravotní péči se liší co do rozsahu v závislosti na tom, z jakého důvodu v jiném státě pojištěnec pobývá. V zásadě lze rozlišit následující rozsahy nároků:

- Čeští pojištěnci, kteří na území členského státu pobývají pouze přechodně (např. turisté, studenti), mají nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči.

Tyto osoby musí před vycestováním na pobočce své zdravotní pojišťovny požádat o vystavení Evropského průkazu zdravotního pojištění. Pokud by zdravotní pojišťovna nestihla vystavit průkaz včas, je nutné zažádat o vystavení Potvrzení dočasně nahrazujícího Evropský průkaz zdravotního pojištění. Pracovník, který byl vyslán na území jiného členského státu (nebo jeho zaměstnavatel) by se měl ještě před vycestováním obrátit na okresní zprávu sociálního zabezpečení a požádat o vystavení dokladu o tom, že nadále podléhá českým předpisům a nemusí ve státě, kam byl vyslán, platit pojistné.

---

<sup>2)</sup> finanční částka, kterou musí pojištěnec za ošetření, sám zaplatit a která mu nebude zdravotní pojišťovnou nahrazen

V případě náhlého onemocnění nebo úrazu na území jiného členského státu pak stačí lékaři předložit Evropský průkaz zdravotního pojištění. Českému pojištenci tak vznikne nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči a to za stejných podmínek jako místnímu pojištenci. To znamená, že místní systém zdravotního pojištění zaplatí ošetření do výše, do jaké by zaplatil za svého pojištěnce. Je ale nutné zároveň počítat s tím, že ve většině států se za poskytnutou péči připlácí.

- Přeshraniční pracovníci vykonávající výdělečnou činnost pouze v jiném členském státě a bydlící v ČR jsou zdravotně i nemocensky pojištěni ve státě, kde pracují. Po dobu, kdy jsou v jiném členském státě pojištěni z titulu výkonu výdělečné činnosti, nemusí oni ani jejich nezaopatření rodinní příslušníci hradit pojistné do českého systému zdravotního pojištění. Na základě nařízení Rady (EEC) 1408/71 mají nárok na plnou zdravotní péči v České republice i v zemi, kde pracují. Jejich nezaopatření rodinní příslušníci, bydlící v ČR, mají nárok na plnou péči v České republice. V zemi, kde pendler pracuje, mají nárok pouze na lékařsky nezbytnou zdravotní péči. Zdravotní péče v ČR je pracovníkovi i jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům poskytována českou zdravotní pojišťovnou, u níž je pracovník zaregistrován. Této pojišťovně hradí vynaložené náklady zahraniční pojišťovna pendlera.
- Pracovníci vykonávající výdělečnou činnost pouze v ČR jsou zdravotně a nemocensky pojištěni v ČR bez ohledu na to, zda mají bydliště v jiném členském státě. Po dobu, kdy jsou v ČR pojištěni z titulu výkonu výdělečné činnosti, nemusí oni ani jejich nezaopatření rodinní příslušníci hradit pojistné do systému zdravotního pojištění země, kde bydlí.

Nárok mají na plnou zdravotní péči v ČR i v zemi, kde bydlí. Stejný nárok mají i nezaopatření rodinní příslušníci. Zdravotní péče v zemi bydliště je pracovníkovi i jeho nezaopatřeným rodinným příslušníkům poskytována zdravotní pojišťovnou v místě bydliště. Této pojišťovně hradí vynaložené náklady česká zdravotní pojišťovna pracovníka.

- Čeští důchodci bydlící v jiných zemích Evropské unie mají nárok na plnou zdravotní péči v zemi bydliště na účet české zdravotní pojišťovny. Podmínkou je, že nepobírají důchod také v zemi bydliště. Nárok se vztahuje také na nečlenské země, kterými jsou Norsko, Lichtenštejnsko, Island a Švýcarsko.

- Pracovníci, kteří byly vysláni na území druhého členského státu EU, mají nárok na lékařsky nezbytnou zdravotní péči. Tento nárok se vztahuje i na Norsko, Lichtenštejnsko, Island a Švýcarsko.
- Čeští pojištěnci, kteří zaplatili v jiném členském státě za lékařsky nezbytnou péči při přechodném pobytu v hotovosti mohou po návratu do ČR požadovat u své zdravotní pojišťovny vrácení vynaložených nákladů.
- Žadatelé o vyžádanou péči nebo o pokračování v léčení – jedná se o osoby čerpající vyžádanou lékařskou péči v zahraničí na základě souhlasu příslušné zdravotní pojišťovny nebo další léčení v případě, že jde o návrat do země bydliště za účelem doléčení. Tento nárok je ovšem časově omezen. Jde o případy, kdy je český pojištěnec vážně nemocen a potřebuje zdravotní péči, která se v ČR neprovádí, nebo v ČR pracuje Slovenský občan, který zde onemocní a chce se doléčit na Slovensku.

Před vycestováním je možné uzavřít komerční cestovní zdravotní připojištění. Je to způsob, jak se může pojištěnec vyhnout tomu, aby na svůj účet nesl náklady na spoluúčast nebo prevoz zpět do ČR, který by si musel zcela uhradit, neboť není kryt. V tomto případě se pak přednostně předkládá doklad o komerčním připojištění. Vzhledem k tomu, že i plnění z komerčního připojištění může být omezeno (například částkou), je vhodné zvláště při krátkodobých pobytech využít kombinaci obou způsobů, tzn. mít u sebe svůj Evropský průkaz a zároveň si před odjezdem sjednat zmíněné připojištění.

## II. SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Vzhledem k tomu, že podle zákona nesměly zdravotní pojišťovny, do konce roku 1999, provádět připojištění v rámci vlastní činnosti, poskytovaly připojištění pouze ve spolupráci s komerčními pojišťovnami.

V stávající platné legislativní úpravě je zdravotním pojišťovnám dána možnost sjednávat smluvní pojištění, avšak v současné době je tato možnost využívána minimálně. Důvodem je zejména nutnost získání licence na poskytování tohoto druhu pojištění a dále potřeba poměrně značných finančních prostředků. To vede k tomu, že zdravotní pojišťovny, v oblasti produktů komerčního zdravotního pojištění, i nadále spolupracují s velkými komerčními pojišťovnami. Výjimkou je Všeobecná zdravotní pojišťovna, která některé produkty nabízí sama.

Význam systému komerčního (soukromého) zdravotního pojištění, který dnes v České republice existuje vedle systému veřejného zdravotního pojištění, je nesrovnatelně menší než v kterékoli zemi Evropské unie a omezuje se na velmi úzký okruh zdravotních výkonů a léčiv, nehrazených veřejným zdravotním pojištěním. Dnešní situace prakticky zamezuje rozvoji nadstandardních služeb a neumožňuje, aby do zdravotnictví přicházely dostatečné prostředky prostřednictvím soukromého pojištění. Přitom například v oblasti nepříliš vzdálené – u nemocenského pojištění – je přínos soukromého pojištění nesporný. Vedle státního systému existuje soukromý systém, který využívají jak podnikatelé, tak i zaměstnanci ve střední a vyšší příjmové kategorii. Tento systém umožňuje všem, kdo nechtějí v případě delší pracovní neschopnosti riskovat nedostatek finančních prostředků, uzavřít soukromé pojištění. To je každému klientovi tzv. „šito na míru“, tedy konstruováno tak, aby odpovídalo jeho potřebám a příjmové situaci.

Soukromé zdravotní pojištění vzniklo za účelem krytí nadstandardní lékařské péče, kterou zákonné zdravotní pojištění nehradí. Mělo by tedy svým klientům v oblasti zdravotního pojištění nabídnout péči, která byla vyčleněna ze všeobecného zdravotního pojištění, eventuelně produkty zahrnující nadstandardní péči. Účelem pojištění je ochrana před ztrátou příjmů způsobenou pracovní neschopností. Jeho smysl spočívá v tom, že v případě závažné nemoci, kdy začíná být člověk závislý na nemocenských dávkách, jejichž výše je výrazně

nižší než běžný příjem, pojištěnec obdrží plnění nejen od státu, ale i od pojišťovny, u které má sjednáno soukromé zdravotní pojištění.

Pojištění je dobrovolné, sjednává se nad rámec nemocenského pojištění, které řídí stát. S dávkami, které plynou ze soukromého zdravotního pojištění nelze však zaměňovat dávky nemocenské, které se vyplácí při pracovní neschopnosti ze státního rozpočtu na základě placení nemocenského pojištění.

Důvody, proč využívat služeb soukromých zdravotnických zařízení, která nejsou součástí veřejného zdravotního pojištění, mohou být různé. Jedním z hlavních bývá zcela odlišný přístup k pacientovi. Ten se zde stává platícím zákazníkem, na jehož spokojenosti s kvalitou léčby i veškerých poskytnutých služeb jsou daná zdravotnická zařízení přímo existenčně závislá. Pro běžného občana, který se ocitne na soukromé klinice budou jistě šokující nejen ceny, ale také přístup lékařů. Nikde žádné zbytečné čekání nebo nejistota, co s vámi bude kdo dělat a co zjištěné výsledky vlastně znamenají.

## **8. PROVOZOVATELÉ POJIŠTĚNÍ**

Soukromé zdravotní pojištění lze sjednat u jakékoli komerční pojišťovny. Většina produktů je však poskytována formou připojištění k životnímu pojištění.

Na českém pojistném trhu nabízí produkty soukromého zdravotního pojištění celkem 12 pojišťovacích společností. Jedinou z nich, která se na tuto oblast specializuje je Česká pojišťovna ZDRAVÍ - 100% dceřinná společnost České pojišťovny, a.s.. V současné době je však i její nabídka poměrně omezená. Tato pojišťovna dnes poskytuje jen pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti, pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici a skupinové pojištění.

Mezi poskytovatele soukromého zdravotního pojištění patří například:

<b>POSKYTOVATEL</b>	<b>NABÍDKA PRODUKTŮ SOUKROMÉHO POJIŠTĚNÍ</b>
<b>Allianz pojišťovna, a.s.</b>	- pojištění pro případ závažných onemocnění nebo smrti - pojištění pobytu v nemocnici
<b>Aviva životní pojišťovna, a.s.</b>	- připojištění pro případ závažných onemocnění
<b>Česká pojišťovna, a.s.</b>	- životní pojištění závažných onemocnění - pojištění pro případ nemoci
<b>Česká pojišťovna ZDRAVÍ, a.s.</b>	- pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti - pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici
<b>ČSOB pojišťovna, a.s.</b>	- vedlejší pojištění vážných chorob
<b>UNIQUA pojišťovna, a.s.</b>	- pojištění denní dávky při nemoci - nemocniční denní dávky
<b>ING pojišťovna, a.s.</b>	- pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici - pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti - připojištění závažných onemocnění

ZDROJ : Česká asociace pojišťoven – vlastní práce

www.cap.cz

## **9. KOMERČNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A ÚVĚR**

Využít soukromého zdravotního pojištění lze i v situacích, kdy žádáte o hypoteční úvěr. Každý, kdo někdy o úvěr žádal, si jistě kladl otázku, zda se má k němu životně pojistit. Pojišťovny takové pojistky nabízí s tím, že pokud klient zemře, uhradí celý zbytek jistiny ve prospěch příslušné finanční instituce. Hypoteční banky v takových případech pak nabízí nižší úrokové sazby z toho důvodu, že se pro ně poskytovaný úvěr stává méně rizikovým. Takovéto pojistky mají ale jednu zásadní nevýhodu: pojišťovny zpravidla nenabízí krytí pro případ vážného onemocnění. Vzhledem k tomu, že splácení hypotečního úvěru je rozloženo na několik let, je pravděpodobnost, že klienta postihne závažná choroba poměrně vysoká a v takovém případě by pak nemusel být schopen cokoli platit i po dobu několika měsíců.



## **10. CO LZE SOUKROMÝM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍM POJISTIT**

Pod širokým pojmem soukromého pojištění si lze představit různé typy pojištění, kterými lze pojistit:

- Pracovní neschopnost (následkem nemoci nebo úrazu),

Jedná se o pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a sjednává se pro případ ztráty výdělku, který vznikl v důsledku nemoci či úrazu. Tato denní dávka by měla společně s nemocenským pojištěním pokrýt průměrný měsíční příjem. V rámci pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti pojišťovna nevyplácí denní dávku za všechny dny trvání pracovní neschopnosti od prvního dne, ale až ode dne, který je sjednán v pojistné smlouvě.

- pobyt v nemocnici,
- nadstandardní vybavení v nemocnici,
- stomatologické výkony,

Pojišťovny hradí v rámci pojištění stomatologické péče nad rámec úhrady poskytované zdravotními pojišťovnami některé výdaje vzniklé u zubního lékaře. Jde o stomatologické výkony a stomatologické náhrady. Z veřejného zdravotního pojištění nejsou většinou hrazeny výkony čelistní ortopedie, implantáty, náhradní protézy apod.

- invaliditu následkem nemoci,
- vážná onemocnění.

Pojištění závažných nemocí je nabízeno jako připojištění k životnímu pojištění. Plnění pojišťovny může pokrýt výdaje spojené s léčením, výdaje na nadstandardní lékařskou péči. Takto lze pojistit například: srdeční infarkt, cévní mozkovou příhodu, rakovinu, selhání ledvin, transplantaci životně důležitých orgánů, slepotu nebo úplné a trvalé ochrnutí končetin.

O soukromém zdravotním pojištění by měli uvažovat především podnikatelé, kteří nejsou účastni na nemocenském pojištění. V převážné míře je sjednáváno zaměstnanci v trvalém pracovním poměru a lékaři. Tento druh pojištění naopak nemohou sjednávat osoby, které mají trvalý pobyt mimo území České republiky, studenti v rámci brigád, osoby se zhoršeným

zdravotním stavem, přičemž pojišťovny posuzují jejich zdravotní stav individuálně, na základě zdravotního dotazníku a lékařské zprávy.

Cena soukromého zdravotního pojištění závisí především na tom, jaký druh pojištění byl sjednán, na velikosti sjednaných plnění, na věku, pohlaví, na zdravotním stavu pojištěného, na délce karenční doby a dalších faktorech.

## **11. VÝHODY A NEVÝHODY SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**

Komerční zdravotní pojištění má své pozitivní i negativní stránky. Výhodou pojištění je především úhrada nadstandardní péče nekryté veřejným zdravotním pojištěním. Částky, které by občan České republiky musel zaplatit například při pobytu v nemocnici, pokud by chtěl vlastní pokoj s telefonem a televizí se pohybují v tisících korun na den. V takovém případě by měl pak občan zvážit, jestli se mu tento luxus vyplatí anebo si sjednat soukromé pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici. V případě pojistné události by pak byly tyto nemalé náklady na poskytnutou zdravotnickou službu uhrazeny ze sjednaného pojištění. Tentýž princip platí v oblasti zubního lékařství, jestliže bychom vyžadovali kvalitnější péči o naše zuby. Proto některé pojišťovny nabízí pojištění stomatologických výkonů, ze kterého lze hradit např. výkony čelistní ortopedie, implantáty či náhradní protézy.

Další výhoda spočívá ve zcela odlišném přístupu k pacientovi v případě využití soukromých zdravotnických zařízení.

V rámci soukromého zdravotního pojištění nelze počítat s tím, že se něco uspoří. Pojišťovna totiž veškeré platby pojistného použije na krytí rizika. Další nevýhodou pojištění je stanovení tzv. čekací doby, která představuje období, během kterého pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění. Čekací doby se u jednotlivých komerčních pojišťoven liší. Platí zde pravidlo: „čím delší čekací doba, tím nižší pojistné se na soukromé zdravotní pojištění odvede“. Vedle čekací doby některé pojišťovny stanovují také karenční dobu. Hlavním důvodem toho, proč pojišťovny tyto doby stanovují je vyloučení osob, které si chtějí pojištění sjednat až v okamžiku kdy již vědí, že onemocněli nebo že budou mít výdaje na zdravotní péči.

### **III. SROVNÁNÍ PRODUKTŮ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NABÍZENÝCH NA ČESKÉM POJISTNÉM TRHU**

V této části bych se chtěla pokusit srovnat pojištění vážných onemocnění (nabízených převážně jako připojištění k životnímu pojištění) od ČSOB Pojišťovny, a.s., České Pojišťovny a ING pojišťovny.

#### **12. CHARAKTERISTIKA ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ**

Pojištění vážných onemocnění je založeno především na obavě lidí ze závažných onemocnění. Nenabízí však kompletní pojistnou ochranu. Pojišťovna vyplácí pojistné plnění jen při diagnóze ve smlouvě uvedených onemocnění. Ve světě se rozlišují čtyři základní těžké nemoci, jsou jimi: rakovina, srdeční infarkt, mozková mrtvice a operace věnčitých tepen. K dalším těžkým nemocem patří selhání ledvin, roztroušená skleróza, transplantace životně důležitých orgánů a paralýza končetin.

Účelem tohoto pojištění je umožnit kvalitní a nadstandardní léčbu těchto onemocnění. Pojištění se nejčastěji sjednává ve formě připojištění k životnímu pojištění. Lze ho ale také nabídnout jako samostatné krytí, které není vázáno na další pojištění. Vždy je však nutné dát pozor na to co je v rámci jednotlivých nemocí kryto a co nikoli.

Při zahrnutí závažných onemocnění do pojištění je důležitá jejich závažnost, četnost výskytu a jejich přesné a jasné definování, neboť by mezi pojistníky a pojistiteli mohlo docházet k soudním sporům z nejasností kolem přiznání nároku na pojistné plnění. Například při úvahách o tom, zda do pojištění zařadit roztroušenou sklerózu či Alzheimerovu nemoc je třeba vycházet z toho, že se jedná o postižení odlišná, protože mají velmi dlouhé stádium rozvoje a aktuální stav jejich diagnózy nevytváří předpoklady pro kalkulaci produktu. Obtížně se u nich definuje okamžik, kdy vzniká právo na výplatu pojistného plnění. Východiskem je v takových případech výplata až v posledním nezvratném stádiu rozvoje choroby, což je ale na druhou stranu vnímáno kriticky ze strany pojištěných, neboť nejsou splněna jejich očekávání související se smyslem uzavření pojistné smlouvy. Rovněž zařazení AIDS je problematické, plnění se obvykle vyplácí jen tehdy, pokud byl postižený infikován při krevní transfúzi a nebyl jedinou osobou nakaženou zdravotnickým zařízením, které transfúzi krve provedlo. Navíc musí toto zařízení písemně přiznat svou odpovědnost za

podání infikované krve. Prokázání této skutečnosti je problematické a pravděpodobnost, že bude plnění vyplaceno je malá.

## **13 ČSOB POJIŠŤOVNA**

### **13.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O SPOLEČNOSTI**

Současná ČSOB Pojišťovna vznikla spojením IPB Pojišťovny, a.s. a ČSOB Pojišťovny, a.s., ke kterému došlo v roce 2003. IPB Pojišťovna, a.s. byla založena v roce 1992 tehdejší investiční bankou pod názvem Pojišťovna IB, a.s. a byla tak jednou z prvních tuzemských pojišťoven, které po demonopolizaci českého pojišťovnictví vstoupily na trh. Pojišťovací činnost zahájila poskytováním výhradně životního a důchodového pojištění s možností úrazového připojištění. Od roku 1994 začala poskytovat komplexní pojištění majetku a odpovědnosti za škodu pro podniky.

ČSOB Pojišťovna, a.s. byla založena v roce 1994 pod názvem Chmelařská vzájemná pojišťovna. Na trh vstoupila v roce 1996 s nabídkou zemědělského pojištění. V současnosti je ČSOB Pojišťovna univerzální pojišťovnou nabízející celou řadu životních i neživotních pojištění pro fyzické i právnické osoby. Objemem předepsaného pojistného se řadí na 4. místo mezi všemi pojišťovacími subjekty českého trhu. Její členství v silné finanční skupině ČSOB zajišťuje klientům komplexnost a kvalitu poskytovaných služeb srovnatelnou se zeměmi EU.

### **13.2 VEDLEJŠÍ POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH CHOROB**

Pojištění je určeno všem občanům ve věku od 15 do 60 let, kteří mají sjednáno životní pojištění SPEKTRUM nebo životní pojištění KVARTETO, ve kterém je pojištění pro případ vážných chorob již automaticky zahrnuto. Pojištění pro případ vážných chorob kryje riziko onemocnění některým z následujících onemocnění:

- infarkt myokardu,
- cévní mozková příhoda,
- rakovina,
- nezhoubný nádor mozku,
- chronické selhání ledvin,

- zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní a krvetvorných buněk (kostní dřeň),
- operace věnčitých tepen,
- slepota,
- hluchota a
- infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze

Pokud je diagnostikován některý z výše uvedených stavů po uplynutí čekací lhůty, je pojištěnému vyplacena za stanovených podmínek sjednaná pojistná částka. Pojistná částka se vyplácí již při prvním potvrzení diagnózy nebo při zařazení klienta na čekací listinu pro transplantaci orgánů, nikoli až po samotné transplantaci. Minimální čekací doba je tři měsíční, ČSOB pojišťovna ji však stanovuje na 6 měsíců od data počátku pojistné smlouvy. ČSOB Pojišťovna nabízí při sjednání tohoto vedlejšího pojištění řadu výhod. Nespornou výhodou je to, že pojištění kryje široký okruh nemocí a zohledňuje moderní trendy v oblasti diagnostiky a léčení chorob.

Plnění z připojištění pro případ vážných chorob má u ČSOB Pojišťovny, a.s. vliv na plnění ze základního pojištění. Při vzniku pojistné události se o toto plnění snižuje sjednaná pojistná částka základního pojištění. V případě, že by pojistná událost z vedlejšího pojištění vážných onemocnění nastala před uplynutím čekací doby, vyplatil by pojistitel – ČSOB pojišťovna, a. s. – zaplacené pojistné. Okamžikem plnění vedlejší pojištění zaniká.

Územní platnost pojištění není omezena s výjimkou zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci, operace věnčitých tepen a krevní transfúze, v jejímž důsledku došlo k infekci virem HIV, které musí být provedeny na území ČR.

## **14. ČESKÁ POJIŠŤOVNA, a.s.**

### **14.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O SPOLEČNOSTI**

Česká pojišťovna poskytuje jak individuální životní a neživotní pojištění, tak i pojištění pro malé, střední a velké klienty v oblasti průmyslových a podnikatelských rizik.

V roce 2003 předepsala ČP pojistné v objemu 37,9 miliard korun, což je o 14% víc než v roce předchozím. Tržní podíl přesáhl u České pojišťovny z hlediska výše předepsaného pojistného 36%, v životním pojištění dosáhl 35% a v neživotním pojištění 38%. Česká pojišťovna spravuje přes 14,5 milionů pojistných smluv, její bilanční suma k 30. 9. 2004 činila 122,3 miliardy korun.

Česká pojišťovna je zakládajícím a aktivním členem České asociace pojišťoven a České kanceláře pojistitelů.

### **14.2 ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ**

Česká pojišťovna, a.s. nabízí pojištění závažných onemocnění buď jako připojištění k životnímu pojištění anebo jako samostatný produkt.

Výhodou pojištění závažných onemocnění je výplata pojistné částky už ve chvíli, kdy lékař poprvé potvrdí diagnózu. Klient se potom sám může rozhodnout zda investuje peníze do nadstandardní léčby, rekonvalescence, úpravy bydlení nebo třeba prodloužení odpočinku před návratem do zaměstnání.

Pojištění závažných onemocnění se vztahuje na případ první diagnózy následujících onemocnění:

- infarkt myokardu,
- cévní mozková příhoda,
- rakoviny,
- selhání ledvin,
- slepota ischemické choroby srdeční vyžadující operaci věnčitých tepen,
- transplantace životně důležitých orgánů a
- slepoty

Pojištění závažných onemocnění je možné sjednat ke kapitálovému životnímu pojištění a k životnímu pojištění DYNAMIK. Jeho vlastnosti se mění s typem základního pojištění. U některých typů pojištění pokračuje i po výplatě plnění za závažná onemocnění, u některých výplatou plnění pojištění zaniká.

Základní pojistka	V případě závažného onemocnění	
	Výplata	Pokračování
Kapitálové životní pojištění	pojistná částka	ne
Kapitálové životní pojištění s trojnásobným plněním v případě smrti	2x pojistná částka	ano (pojistné dál platí pojišťovna)
Životní pojištění DYNAMIK	pojistná částka	dle přání klienta

Česká Pojišťovna, a.s. nabízí připojištění závažných onemocnění ve formě dvou variant - tarif 3ZO a tarif 5ZO. Jednotlivé tarify se liší pouze výší vyplaceného plnění v případě závažného onemocnění.

#### **14.2.1 Připojištění závažných onemocnění - TARIF 3ZO**

Pokud dojde v době trvání pojištění, nejdříve však po 6 měsících od sjednání pojištění závažných onemocnění, k pojistné události z tohoto pojištění při splnění podmínek definovaných u jednotlivých závažných onemocnění, vyplácí se 2x sjednané pojistné částky základního pojištění. Pojistné plnění se vyplácí ihned při stanovení diagnózy závažného onemocnění. [3]

Je-li závažné onemocnění diagnostikováno dříve než za 6 měsíců od uzavření pojistné smlouvy, právo na výplatu pojistného plnění pro případ závažných onemocnění nevzniká. Pojistitel v takovém případě podle rozhodnutí pojistníka pojištění buď přepracuje na pojištění, které neobsahuje pojištění závažných onemocnění nebo pojištění zruší a vyplatí 90% běžného pojistného zaplaceného za základní pojištění (nebo 95% zaplaceného předplaceného pojistného).

#### **14.2.2 Připojištění závažných onemocnění – TARIF 5ZO**

U tohoto tarifu se vyplácí při realizaci pojistné události, která nastane nejdříve po uplynutí čekací doby, pouze sjednaná pojistná částka základního pojištění a pojištění tímto okamžikem zaniká. V případě smrti pojištěného (nikoli následkem sebevraždy do dvou let trvání pojištění), nebo dožije-li se pojištěný dne uvedeného v pojistné smlouvě jako konec pojištění, se vyplatí oprávněné osobě nebo v druhém případě pojištěnému stejně jako u sazby 3ZO sjednaná pojistná částka základního pojištění a pojištění zaniká.

### **15. ING**

#### **15.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O SOLEČNOSTI**

ING je globální finanční institucí holandského původu, nabízející služby v oblasti bankovníctví, pojišťovnictví a zprávy aktiv. S více než 115 000 zaměstnanci se ING skládá ze širokého spektra prominentních společností.

V roce 1992 získala ING, tehdy ještě pod jménem Nationale-Nederlanden licenci k uzavírání pojistných smluv jako vůbec první zahraniční pojišťovna u nás. Od roku 1998 nabízí kromě produktů životního pojištění také pojištění zdravotní. Dnes je ING druhou největší životní pojišťovnou na českém pojistném trhu a řádným členem České asociace pojišťoven.

#### **15.2 PŘIPOJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ**

Pro toto připojištění platí ustanovení všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění. Připojištění je možné sjednat pouze k základnímu životnímu pojištění. V případě, že základní pojištění zanikne, zaniká automaticky dnem jeho zániku i připojištění.

Pojistnou událostí v připojištění pro případ závažných onemocnění je výskyt některého z níže uvedených onemocnění nebo postoupení některé z operací při současném splnění dalších dvou podmínek. Pojistná událost nesmí nastat před uplynutím čekací doby, která je stanovena pojistitelem na 6 měsíců od okamžiku sjednání pojištění. Druhou podmínkou je, že pojištěnému nebylo dříve diagnostikováno žádné ze závažných onemocnění.



Připojištění se vztahuje na:

- srdeční infarkt,
- mrtvici,
- rakovinu,
- selhání ledvin,
- transplantaci životně důležitých orgánů,
- náhradu srdeční chlopně,
- operaci aorty,
- infekci virem HIV při krevní transfúzi nebo injekční jehlou jako následek zranění při vykonávání normálních pracovních povinností lékaře,
- oslepnutí,
- ztrátu sluchu
- operaci věnčitých tepen,
- onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost,
- nitrolební nádory nezhoubného původu a
- roztroušenou sklerózu

Pojistitel vyplácí v případě pojistné události pojistné plnění ve výši sjednané pojistné částky. Plněním připojištění zanikne. Jestliže dojde k pojistné události z připojištění pro případ závažných onemocnění před uplynutím čekací doby, pojistitel – ING pojišťovna – vrátí pojištěnému pojistné zaplacené za připojištění a připojištění zanikne. Pojistná částka připojištění může být stanovena maximálně ve výši jedné poloviny pojistné částky základního pojištění.

Pojistné se platí společně s pojistným základního pojištění ve stejných pojistných obdobích. Výše pojistného se odvíjí od výše sjednané pojistné částky. Jestliže se změni pravděpodobnost výskytu závažného onemocnění v průměru o více než 20% výše pojistné sazby může být pojistitelem změněna. Totéž platí pro podstatné změny ve vývoji a poznání lékařské vědy.

## 16 SROVNÁNÍ PRODUKTŮ

	ČSOB POJ.	ČESKÁ POJIŠŤOVNA	ING
<b>Min. vstupní věk</b>	15	15 (18) <sup>*)</sup>	15
<b>Max. vstupní věk</b>	60	60 (65) <sup>*)</sup>	60
<b>Délka pojištění</b>	v závislosti na základním pojištění	v závislosti na základním pojištění	v závislosti na základním pojištění
<b>Max. pojistná částka pro případ závažného onemocnění</b>	max. dvojnásobek pojistné částky základního pojištění	2 500 000,- Kč	jedna polovina pojistné částky sjednané v základním pojištění
<b>Čekací doba</b>	6 měsíců	6 měsíců	6 měsíců
<b>Plnění před uplynutím čekací doby</b>	vrací se zaplacené pojistné	neplní se	vrací se pojistné zaplacené za připojištění
<b>Možnost pokračování pojištění po diagnóze závažného onemocnění</b>	ne	ano (u některých typů pojištění)	ne
<b>Rozsah zahrnutých vážných onemocnění</b>	základní <sup>**) +</sup> nezhoubný nádor mozku, slepota, hluchota a infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze <b>navíc</b>	základní <sup>**) +</sup> slepota <b>navíc</b>	základní <sup>**) +</sup> roztroušená skleróza, nitrolební nádory nezhoubného původu, onemocnění plic ..., hluchota, slepota, infekce virem HIV, náhrada srdeční chlopně a mrtvice <b>navíc</b>

<sup>\*)</sup> u pojištění DYNAMIK

<sup>\*\*)</sup> základními vážnými onemocněními se rozumí: infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, rakovina, selhání ledvin, by-pass, transplantace životně důležitých orgánů

Z porovnání si můžeme všimnout především rozdílného rozsahu zahrnutých vážných onemocnění. To která závažná onemocnění pojišťovna do pojištění, respektive připojištění zahrne záleží čistě na ní. Každá se přirozeně snaží získat co největší počet klientů a to se následně promítá do rozsahu jí nabízených služeb. U všech komerčních pojišťoven připojištění závažných onemocnění okamžikem plnění zaniká. Délka pojištění se stanovuje v závislosti na pojistné době základního pojištění. To znamená, že připojištění závažných onemocnění zaniká nejdéle se zánikem základního pojištění.

Vybrané pojišťovny se neliší ani v délce stanovené čekací doby – všechny ji stanovují na 6 měsíců. Rozdílný je však přístup k plněním před jejím uplynutím. Zatímco Česká pojišťovna, a.s. plnění před uplynutím čekací doby vylučuje, zbylé dvě – tj. ČSOB pojišťovna a ING při vzniku vážného onemocnění do 6 měsíců od uzavření pojištění vrací pojištěnému zaplacené pojistné.

Nejvíce se pojišťovny liší v maximálních pojistných částkách sjednaných pro případ závažného onemocnění. Česká pojišťovna je ochotna poskytnout plnění až do výše 2 500 000,- Kč, ČSOB pojišťovna, a.s. sjednává pojistnou částku nejvýše na dvojnásobek pojistné částky sjednané pro základní životní pojištění a ING ji stanovuje na jednu polovinu pojistné částky základního pojištění.

## ZÁVĚR

Rozhodující roli při krytí zdravotních rizik v podmínkách České republiky hraje všeobecné zdravotní pojištění. Privátní zdravotnictví, které je určeno především pro bohatší klientelu je využíváno ve velmi malém rozsahu. Namísto toho, aby tato skupina obyvatel uplatňovala právo na vyšší standard a na to, aby se doba poskytování zdravotní péče přizpůsobila jejich potřebám, čerpá péči z veřejného zdravotního pojištění a své prostředky nepoužívá na úhradu péče, ale na získání výhody ve veřejném systému.

Občané České republiky mají značně omezené možnosti, jak si zajistit nadstandardně kvalitní zdravotní péči. Platit pojistné na zdravotní pojištění musí a v oblasti nadstandardů si mohou vybrat jen z omezené nabídky programů prevence, které jsou spíše zužovány, než rozšiřovány. Využije-li občan České republiky služeb soukromého zdravotnictví musí zde za poskytnuté služby zaplatit znovu z vlastní kapsy.

K tomu, aby bylo komerční zdravotní pojištění využíváno ve větší míře, než doposud, by muselo veřejné zdravotní pojištění sloužit ke krytí pouze základní zdravotní péče s poměrně přísnou regulací výdajů na tuto péči. K pokrytí všech ostatní zdravotní rizik by pak sloužilo nepovinné soukromé zdravotní pojištění. Každý člověk by tak mohl sám zvolit kvalitní úroveň zdravotní péče, která by mu byla v případě potřeby poskytnuta. Omezením rozsahu rizik krytých všeobecným zdravotním pojištěním, by se snížila i potřeba finančních prostředků nezbytných k zajištění dostatečné péče pro pacienty.

Prokazatelnou výhodou veřejného zdravotního pojištění je dostupnost zdravotnických služeb všem občanům. Toto pojištění má také možnost výrazně ovlivnit cenu, za kterou je zdravotní péče poskytována. Naproti tomu je komerční zdravotní pojištění určeno spíše pro občany, kteří mají dostatečné finanční prostředky k tomu, aby si jimi zajistili lékařskou péči na požadované úrovni.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### KNIŽNÍ PUBLIKACE

- ŠMÍD, J., *Zdravotní pojištění*, Praha: NEWSLETTER, 1995. ISBN 80-901779-6-4
- DUCHÁČKOVÁ, E., *Pojišťovnictví a pojištění*, 1. vyd. Praha: VŠE, 2000. ISBN 80-245-0023-X
- TRNKOVÁ, L., *Zdravotní pojištění v roce 2000*, 1. vyd. Praha : PRAGOEDUCA, 1999. ISBN 80-85856-778
- VOSTATEK, J., *Sociální a soukromé pojištění*, 1. vyd. Praha: Kodex Bohemia, 1995. ISBN 80-85963-21-3
- GLASER, W.A., *Health Insurance in Practise*, Oxford, 1995.

### PRÁVNÍ PŘEDPISY

- [1] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění*  
*Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v úplném znění*  
*Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění*  
*Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění*
- [2] *Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění*
- [3] *Všeobecné pojistné podmínky pro případ závažných onemocnění platné od 1. 1. 2005*

### WWW STRÁNKY

- Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE* [online]. [cit. 12. 4. 2005].  
Dostupné z: <<http://www.zpma.cz/vs>>
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR* [online]. [cit. 10. 3. 2005].  
Dostupné z: <<http://www.vozp.cz/vs>>
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 10. 3. 2005].  
Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/vs>>
- ING pojišťovna* [online]. [cit. 12. 3. 2005]. Dostupné z: <<http://www.ing.cz/vs>>
- ČSOB pojišťovna, a.s.* [online]. [cit. 9. 2. 2005]. Dostupné z : <<http://www.csobpoj.cz/vs>>
- Česká pojišťovna, a.s.* [online]. [cit. 9. 2. 2005]. Dostupné z : <<http://www.cpoj.cz/vs>>
- Česká asociace pojišťoven* [online]. [cit. 10. 4. 2005]. Dostupné z: <<http://www.cap.cz/vs>>
- Měšec* [online]. [cit. 3. 2. 2005]. Dostupné z: <<http://www.mesec.cz/vs>>
- Finance* [online]. [cit. 3. 2. 2005]. Dostupné z: <<http://www.finance.cz/vs>>

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA č. 1	- Přihláška pojištěnce .....	počet stran : 2
PŘÍLOHA č. 2	- Evidenční list zdravotní pojišťovny .....	počet stran : 1
PŘÍLOHA č. 3	- Oznámení změn pojištěnce .....	počet stran : 2
PŘÍLOHA č. 4	- Přihláška zaměstnavatele – plátce pojistného ...	počet stran : 2
PŘÍLOHA č. 5	- Hromadné oznámení zaměstnavatele .....	počet stran : 1
PŘÍLOHA č. 6	- Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele .....	počet stran : 1
PŘÍLOHA č. 7	- Přehled za rok 2002 .....	počet stran : 4
PŘÍLOHA č. 8	- Přehled za rok 2003 .....	počet stran : 4
PŘÍLOHA č. 9	- Přehled za rok 2004 .....	počet stran : 4